

Reglas del Programa WIC:

- Diga la verdad acerca de toda la información que usted proporciona a WIC.
- Obtenga cheques de una clínica de WIC a la vez.
- Elija WIC o CSFP (Commodity Supplemental Food Program). Una persona no puede estar en ambos programas al mismo tiempo.
- La persona que firma el cheque de WIC en la clínica debe firmar el cheque en el almacén.
- No haga cambios a los cheques de WIC. Por favor llame a la clínica WIC si necesita cambiar su almacén o la fórmula de su bebé.
- Utilice los cheques de WIC entre el "Primer día de uso" (First Day to Use) y el "Último día de uso" (Last Day to Use) listados en el cheque de WIC. Está bien si los usa en el primer día y en el último día.
- Notifique al personal de WIC acerca de cheques perdidos, robados o destruidos. Si encuentra los cheques perdidos, robados o destruidos no los use, devuélvalos a la clínica WIC.
- Compre solamente los alimentos o fórmula que están listados en el cheque WIC.
- Compre solamente la cantidad de alimentos o fórmula listados en el cheque WIC.
- No venda, cambie ni regale alimentos o fórmula de WIC o cheques WIC.
- No cambie alimentos o fórmula de WIC o cheques de WIC por dinero, crédito, vales u otros artículos.
- No abuse verbalmente, hostigue, amenace ni haga daño físico al personal de WIC o del almacén.

Por favor hable con el personal de WIC si tiene preguntas.

El Programa WIC del Estado de Washington no discrimina en la provisión de servicios o empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. El programa WIC del estado de Washington es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Si desea registrar una queja de discriminación sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad, escriba a United States Department of Agriculture, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD), o a Western Region Office al 1-888-271-5983.

Oficina WIC del Estado de Washington
1-800-841-1410



DOH 962-010 (Rev. 12/03) Spanish

Para las personas con incapacidades, esta publicación se encuentra -disponible en otros formatos, a pedido.
Para presentar una solicitud, por favor llame al 1-800-525-0127.



Programa WIC (Mujeres, Infantes y Niños) del Estado de Washington Derechos y Responsabilidades

Nombre del cliente de WIC _____

1. ¿Qué es lo que WIC espera de mí?

Comprar alimentos aprobados por WIC:

Compraré solamente los alimentos listados en mis cheques de WIC. Utilizaré los alimentos solamente para la persona en el programa.

Utilizar los cheques WIC correctamente:

Seguiré las reglas cuando utilice cheques de WIC. El personal de WIC me indicará cómo utilizar los cheques cuando se me coloque en el Programa.

Ir a una clínica de WIC a la vez:

Obtendré cheques de una clínica a la vez solamente. Si me mudo, puedo pedir una tarjeta de transferencia.

Cumplir con las citas de WIC:

Asistiré a mis citas o llamaré por anticipado cuando necesite reprogramarlas.

Cortesía común:

Trataré al personal de WIC y del almacén con cortesía y respeto.

2. ¿Qué puedo esperar de WIC?

Alimentos de WIC:

Si califico para WIC, obtendré cheques de WIC para comprar alimentos saludables en el almacén de abarrotes. Entiendo que WIC no da todos los alimentos o la fórmula necesaria para un mes.

Información de nutrición y alimentación con leche materna:

WIC me dará sugerencias sobre cómo alimentar a mi familia en forma saludable.

Información de atención a la salud:

WIC me ayudará a encontrar un doctor y obtener inmunizaciones para mi niño. WIC me ayudará a recibir otros servicios que necesito.

Tratamiento justo:

Las reglas de admisión a WIC son las mismas para todos. Puedo solicitar una Audiencia Imparcial si no estoy de acuerdo con una decisión acerca de mi elegibilidad para el programa WIC.

Cortesía común:

El personal de WIC me tratará con cortesía y respeto. No se me tratará diferentemente por ninguna razón.

3. Al firmar este formulario estoy de acuerdo en que:

- Toda la información que doy a WIC es cierta. El personal de WIC puede verificar cualquiera de esta información.
- Informaré sobre cualesquier cambios en mis ingresos, tamaño de la familia, o elegibilidad para Medicaid, Programa para Alimentos Básicos o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas).
- Cumpliré con todas las reglas del Programa WIC listadas en este formulario. Si no cumplo con las reglas, entiendo que:
 - Yo o mi niño podemos ser retirados del programa WIC hasta por un año.
 - Podría enfrentar cargos legales.
 - Tendré que devolver dinero al programa por los alimentos o la fórmula que no debía haber recibido.
- Doy mi permiso al personal de WIC para tomar el tamaño y peso mío o de mi niño. Permitiré al personal de WIC tomar una cantidad pequeña de sangre para controlar el nivel de hierro para mí o mi niño. Entiendo que esta información es necesaria para ayudar a determinar la elegibilidad para el programa WIC.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades por participar en el Programa WIC.

IMPORTANTE — Las reglas del Programa WIC están listadas en el reverso de este formulario.

4. Firma

Firma del cliente/Proveedor de atención _____

Fecha _____

El participar en el programa WIC no afecta su situación de inmigración

El Departamento de Salud del Estado de Washington tiene acceso a copias de mis datos de WIC.

Para uso de la clínica. Ponga la inicial a todo lo que aplica si el cliente no leyó el formulario: Uso de intérprete Traducción escrita Leído al cliente Otro

